

Mejoras organizativas y de ahorro vinculadas a un incremento de las altas administrativas antes de las 12 horas en el Hospital Germans Trias i Pujol. Resultados preliminares a los seis meses

¹Bayés B, ²Pérez Sust P, ³Ara del Rey J, ⁴Soley Bach P

¹Coordinadora asistencial del área médica. Hospital Germans Trias i Pujol. Barcelona.

²Director de Organización y Sistemas de la Información. Hospital Germans Trias i Pujol. Barcelona.

³Director. Hospital Germans Trias i Pujol. Barcelona.

⁴Gerente Territorial Metropolitana Norte (ICS). Institut Català de la Salut. Barcelona.

Dirección para correspondencia: bbayes.germanstrias@gencat.cat



De izquierda a derecha: Pere Soley Bach, Pol Pérez Sust, Beatriz Bayés y Jordi Ara del Rey.

Resumen

Introducción: La falta de planificación de las altas y la falta de previsión y control en el momento de dar el alta dificulta la gestión de camas y la logística organizativa.

Objetivos:

- Principal: facilitar la programación de ingresos (programados y/o urgentes) incentivando las altas hospitalarias antes del mediodía. El indicador de medida es el porcentaje de altas administrativas antes de las 12 horas.

- Secundarios: mejorar la estancia media del paciente hospitalizado. Reducir costes en hotelería.

Método: Población: altas de hospitalización con destino a domicilio. Se excluyen las defunciones hospitalarias y las derivaciones a otros centros. Profesionales implicados mediante la dirección por objetivos (Objetivo DPO): el proyecto requiere la implicación de todo el personal: médico, Enfermería, administrativo de planta y gestor de altas e ingresos. Inicio del proyecto el 1 de junio de 2012. Metas: 30% en septiembre de 2012 y 45% en diciembre de 2012.

Resultados: Durante el periodo junio-diciembre de 2012, un 44,92% de las altas a domicilio se dieron antes de las 12:00 p.m., lo que supone un 32,35% más que el mismo periodo del año anterior. Los principales motivos por los que se retrasa el alta son falta de informe médico, retraso en pruebas o tratamientos, planificación del transporte sanitario y problemas relacionados con las familias. La mejor coordinación entre urgencias y hospitalización facilita los ingresos durante el turno de mañana. El proyecto consigue, en seis meses, un ahorro en estancias hospitalarias equivalente a dos camas/año y un potencial ahorro económico en relación a limpieza, ropa de cama y dietas de 58 591 €.

Conclusiones: Un cambio en la cultura organizativa y una buena coordinación entre profesionales ha permitido mejorar la gestión de camas y obtener un potencial ahorro económico.

Palabras clave: Altas antes 12:00 p.m.; Estancia media; Gestión de camas.

Management and efficiency improvements related to an increase in the administrative hospital discharges before 12-h pm at the "Hospital Germans Trias i Pujol". Preliminary results after 6 months of implementation

Introduction: Difficulties in the bed management and organizational logistics as a consequence of lacking in planning hospital discharges and missing predictability and control during the hospital discharge.

Objectives: Main: to increase the percentage of administrative discharges before 12h p.m. Secondary: to facilitate scheduling hospital admissions (scheduled or urgent). Improve average inpatient stay. Reduce costs in hospitalization.

Method: Population: hospital discharges to home. Exitus and referrals to other centers were excluded. Professionals involved (Objective DPO): The project requires the involvement of all staff: medical, nursing, administrative, ward manager and financial manager. Project starts June 1, 2012. Goals: 30% september 2012 and 45% december 2012.

Results: 44.92% of home discharges before 12 p.m. registered during the June-December 2012 period, representing a 32.35% increase over the previous year. Main reasons for a delayed discharge were: no medical report, delayed tests-results or treatments, health and transportation planning issues with families. Better

coordination between emergency and hospitalization improves the admission process during the morning shift. Achievement at six months resulted in savings in hospital stays equivalent to 2 beds/year and a potential cost savings in relation to cleaning, linen and diets of € 58,591.

Conclusions: Changing the management culture and good coordination between professionals has improved the management of beds and achieved potential financial savings.

Key words: Hospital discharge before 12:00 p.m.; Mean in hospital stay; management of beds availability.

Introducción

La falta de planificación de las altas y la falta de previsión y control en el momento del alta dificultan las tareas de gestión de camas y la logística organizativa en un hospital de agudos.

El hospital Germans Trias i Pujol (HG-TiP) es un centro hospitalario de agudos de titularidad pública perteneciente al Institut Català de la Salut y que forma parte de la red hospitalaria de utilización pública de Cataluña. Actúa como hospital general básico para una población de más de 250 000 habitantes y como hospital de referencia para más de 800 000 habitantes. Dispone de varias unidades de hospitalización convencional, con un total de 427 camas. Durante el año 2012 se atendieron 26 987 episodios de hospitalización.

Tradicionalmente, no se había definido una firme política de gestión eficiente de las altas en el HG-TiP. En varias ocasiones se había intentado impulsar el proyecto de altar a los pacientes antes de las 12:00 p.m. pero este no había calado. La cultura profesional favorecía la actuación no planificada y la realización de las tareas burocráticas día a día, después del pase de visita y hasta las cinco de la tarde, den-

tro del horario laboral. Los datos estadísticos de 2010 y 2011 ponen de manifiesto cómo el porcentaje de altas antes de las 12:00 p.m. permanecía constantemente inferior al 7%.

El cambio organizativo y estructural de las urgencias junto con la situación económica obligaron a plantear un nuevo enfoque estratégico y de funcionamiento. No debe llegarse a la medida aplicada en los hospitales públicos británicos en los que, según datos publicados en "somos pacientes", el 17 de abril de 2012, para aliviar la presión por los recortes y la escasez de camas se da el alta de madrugada a cientos de miles de pacientes, en muchas ocasiones sin información previa. Evidentemente, creemos que debe garantizarse el alta siempre que sea clínicamente apropiado, seguro y conveniente para el paciente.

Nuestra hipótesis de trabajo es que la planificación y el trabajo en equipo permitirán que la administración del alta antes de las 12:00 p.m. sea una medida para garantizar la disponibilidad de camas a los nuevos pacientes con la mayor brevedad posible, sin disminuir la calidad asistencial ni la satisfacción de los profesionales.

Objetivos

El objetivo principal del proyecto es facilitar la programación de ingresos (programados y/o urgentes) incentivando las altas hospitalarias antes del mediodía. El indicador de medida definido es el porcentaje de altas administrativas antes de las 12:00 horas.

Los objetivos secundarios son:

- Facilitar y agilizar la programación de ingresos: programados y urgentes.
- Mejorar la coordinación entre el área de urgencias y la de hospitalización.
- Organizar la necesidad de transporte sanitario con 24 horas de antelación.
- Reducir costes en hostelería: dietas, limpieza de habitaciones, cambio de ropa de cama, toalla y pijama.
- Mejorar los indicadores de gestión: estancia media (EM).

Método

Población

El proyecto incluye únicamente los pacientes que son dados de alta con destino a domicilio. Se excluyen los pacientes que han fallecido y los derivados a otro centro hospitalario y/o sociosanitario.

Periodo de análisis

El proyecto se planificó, organizó y difundió durante el primer semestre de 2012 y se inició el 1 junio de 2012. Se proyectaron evaluaciones a los seis meses y al año del inicio del proyecto.

Metas

Las metas del proyecto son conseguir un 30% de las altas antes de las 12:00 p.m. a los tres meses (septiembre de 2012), un 45% a los seis meses (diciembre de 2012) y un 60% a los 12 meses (junio de 2013). En el apartado de resultados se presenta el análisis comparativo de junio-diciembre 2011-2012 (primera evaluación).

Profesionales implicados en el proyecto

El proyecto requiere la implicación de todos los profesionales: personal sanitario y no sanitario. Dada la importancia del proyecto, se incluyó en los objetivos anuales de los profesionales (DPO). El proyecto se gestionó por parte de la Coordinación Asistencial Médica, con la participación del Adjunto de Enfermería del área de hospitalización, el Jefe de Unidad de Admisiones, la Coordinadora de Urgencias y el Director de Organización y Sistemas de Información. Se contó con la participación activa de los mandos intermedios asistenciales (jefes de servicio y supervisores).

Elementos del proyecto

El proyecto se compone de los siguientes elementos:

Definición de las tareas y responsabilidades de cada colectivo profesional

- Médico: el médico preavisa el alta con un mínimo de 24 horas de antelación a:
 - Administrativo responsable de la unidad de hospitalización.
 - Enfermera responsable y/o supervisora de planta.

- Indica, si es el caso, la necesidad de transporte sanitario y realiza la petición especificando las necesidades de oxígeno, litera, silla de ruedas.
- Paciente y familia.

El día del alta, el médico confirma el alta al administrativo responsable y al personal de Enfermería.

El médico entrega el informe de alta definitivo al paciente y/o familia antes de las 12:00 p.m.

- Enfermería: el día antes del alta, Enfermería informa del preaviso de alta al personal de limpieza y cocina. El día del alta, Enfermería supervisa y coordina las tareas de limpieza y la necesidad de dietas.

La tarde antes del día del alta, Enfermería refuerza la información al paciente y/o familia indicando que el informe de alta definitivo será entregado antes de las 12:00 p.m. y que la habitación debe quedar libre en ese momento.

Una vez el paciente tiene el informe médico y abandona la unidad, Enfermería introduce el alta en el software de gestión de enfermería (Gacela – “cama liberada”).

La integración del software de enfermería (Gacela) con el HIS del hospital (SAP) permite visualizar de forma inmediata la disponibilidad de la cama desde la estación de gestión de admisiones del hospital.

- Administrativo: el día antes del alta, el administrativo introduce en el HIS la orden de preaviso de alta en SAP (código de bandera roja) y coordina el transporte sanitario si es necesario. Una vez recibe la confirmación de que al paciente se le

podrá dar el alta antes de las 12:00 p.m., el administrativo introduce en HIS la planificación de alta (código bandera verde).

- Gestor de altas e ingresos: se crea la figura de administrativo gestor de altas e ingresos y se definen sus competencias profesionales. Se define como el referente para todos los profesionales de la coordinación del proyecto. También supervisa y recoge, de lunes a viernes, los motivos que impiden o dificultan la consecución del proyecto. Es también quien coordina, con 24 horas de antelación, las ambulancias con los responsables de transporte sanitario.

Coordinación con Servicios Generales (Hostelería)

Se pacta con los responsables de servicios generales y limpieza no duplicar la limpieza de la habitación en los pacientes con alta planificada antes de las 12:00 p.m. La supervisora de planta comunica a los responsables de limpieza qué habitaciones deben limpiarse a partir de las 12:00 p.m. El coste estimado en limpieza de una habitación por día es de 11 €. El tiempo estimado dedicado a la limpieza de una habitación es de unos 25 minutos al día.

Por norma general, no se cambia el pijama, toalla ni ropa de cama a los pacientes con alta planificada antes de las 12:00 p.m. El coste estimado de ropa de cama, toalla y pijama por día es de 5 €/día.

Respecto a las dietas, cabe destacar que, salvo en casos excepcionales, no se solicita comida para los pacientes con el alta planificada antes de las 12:00 p.m. El coste estimado en dietas por día es de 14,32 €.

Se ha realizado el cálculo del potencial ahorro económico teniendo en cuenta que todos los pacientes desayunan en el hospital. Se ha considerado que los pacientes a los que se les da el alta hasta las 14:00 horas no tienen coste en dietas (comida, merienda y cena). A partir de las 14 horas se les ha contabilizado un coste de 6 € por la comida y de 8 € por la merienda y la cena. Se ha contabilizado la cena a partir de las 20:00 horas.

Hemos aplicado el porcentaje de altas por franja horaria del periodo anterior (junio-diciembre de 2011) al total de altas del periodo de análisis (junio-diciembre de 2012), obteniendo el coste esperado. Este se contrasta con el coste observado, en función de los parámetros explicitados, del periodo de análisis.

Coordinación con los responsables de transporte sanitario

Teniendo en cuenta que el protocolo de transporte sanitario para el alta hospitalaria admite una respuesta dentro de las cuatro horas siguientes a la solicitud, fue imprescindible comunicar a todos los profesionales la necesidad de avisar con 24 horas de antelación. Se pactó con el responsable de transporte sanitario que si el alta se avisaba con 24 horas de antelación y se definía hora de salida, se cumpliría con el servicio solicitado.

Seguimiento periódico de los resultados

La Dirección de Organización y Sistemas de Información, conjuntamente con la Coordinación diseñó un modelo de *reporting* con la información y los indicadores necesarios para seguir la evolución del proyecto y poder realizar de forma periódica la difusión de los resultados. La actualización semanal de los datos permite a la coordina-

ción del proyecto realizar la monitorización de los indicadores propuestos.

Mensualmente, los jefes de servicio y supervisores de planta reciben un informe con el porcentaje conseguido y los motivos principales que dificultan el proyecto.

Comunicación

Se realizaron reuniones de difusión del proyecto, antes de la implantación del mismo, por servicios y unidades con los mandos intermedios de todos los profesionales implicados.

Se analizaron los puntos más complejos para la implantación del proyecto, así como los circuitos y/o acciones que debían modificarse.

Se introdujo en la normativa de hospitalización, en la guía de los pacientes ingresados y en los paneles de información de las plantas de hospitalización que el día del alta las habitaciones deben quedar libres antes de las 12:00 p.m.

Resultados

Se presentan los resultados preliminares del proyecto correspondientes al periodo junio-diciembre de 2012, así como el análisis comparativo con el mismo periodo del año anterior.

Porcentaje de altas antes de las 12:00 p.m.

Durante el periodo junio-diciembre de 2011 se dieron 9219 altas de hospitalización convencional; de estas, un 12,62% (1.163) fueron altas antes de las 12:00 p.m. con destino a domicilio. Durante el periodo junio-diciembre de 2012 se dieron 9572 altas de hospitalización convencional; de estas, un 44,92% (4300) fueron altas antes de las

12:00 p.m. con destino a domicilio, por lo tanto un 32,3% más que el año anterior (figura 1).

En la figura 2 se muestra el porcentaje evolutivo mensual de altas antes de las 12:00 p.m. y la comparación con el año anterior. El gráfico pone de manifiesto cómo a partir de junio el porcentaje incrementa de manera significativa y este se mantiene estable a lo largo del último semestre.

La figura 3 muestra el porcentaje acumulado, de enero a diciembre, de las altas antes de las 12:00 p.m. de los últimos tres años (2010-2012) y de enero de 2013. Los datos demuestran cómo el proyecto está en fase de implantación y consolidación.

En la figura 4 se muestra el porcentaje de altas diarias por franja horaria. Como puede verse en el gráfico, existe un patrón distinto en los dos años analizados. Tras la implantación del proyecto, el perfil de altas diarias por franja horaria se desplaza hacia la izquierda, pues se adelanta tres horas el momento en el que se da un mayor número de altas respecto al año anterior. El mayor número de altas se con-

centra sobre las 11:00 horas, mientras que en el año anterior se concentraba sobre las 14:00 horas.

En la figura 5a se muestra el porcentaje de altas antes de las 12:00 p.m. conseguido en los distintos servicios a los tres meses del proyecto (septiembre de 2012). La mayoría de los servicios consiguen a los tres meses la meta planificada del 30%. En la figura 5b se muestra el porcentaje de altas antes de las 12:00 p.m. conseguido en los distintos servicios a los seis meses del proyecto (diciembre de 2012).

El proyecto no solo ha conseguido mejorar el número de altas antes de las 12 horas, sino que ha conseguido modificar la cultura de altas e ingresos del hospital. En las figuras 6 y 7 se muestra cómo de manera paralela a las altas antes de las 12:00 p.m. mejora el porcentaje de altas antes de las 15:00 horas p.m.

Motivos que impiden dar las altas antes de las 12:00 p.m.

La tabla 1 muestra los motivos por los que durante el periodo junio-diciembre de 2012 no ha sido posible dar el

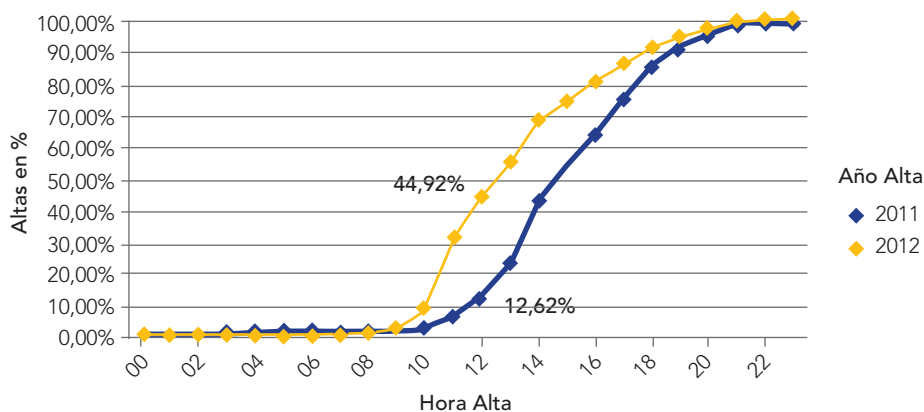


Figura 1. Porcentaje de altas acumuladas por franja horaria. Comparativa 2011-2012

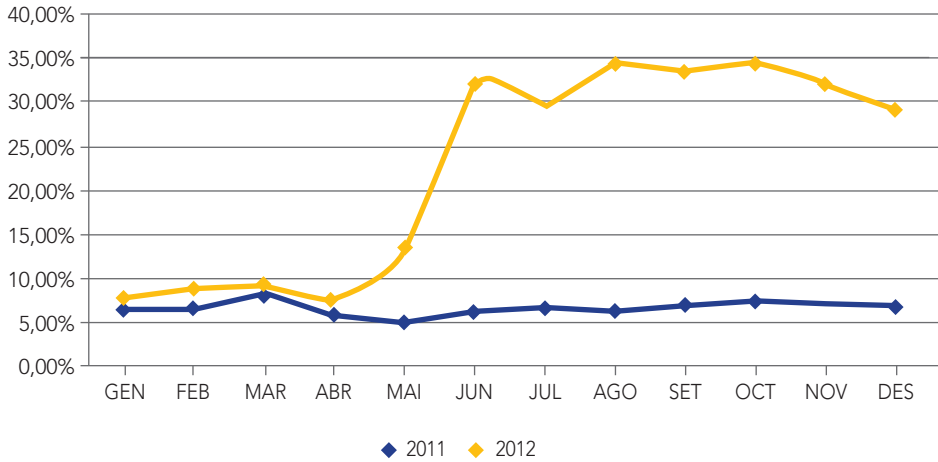


Figura 2. Porcentaje mensual de altas antes de las 12:00 p.m. Comparativa 2011-2012

alta antes de las 12:00 p.m. Los principales motivos son la falta de informe médico, el retraso por pruebas realizadas o tratamientos administrados, la falta de planificación del transporte sanitario y problemas relacionados con la disponibilidad de las familias.

Repercusión sobre las estancias hospitalarias y los indicadores de gestión

Para calcular el impacto sobre la hospitalización, hemos aplicado el patrón de salida, alta vivo a domicilio, para cada hora del día del alta del 2011 a las altas de 2012 y lo hemos comparado con el patrón de 2012. El resultado es que, si hubiéramos seguido el pa-

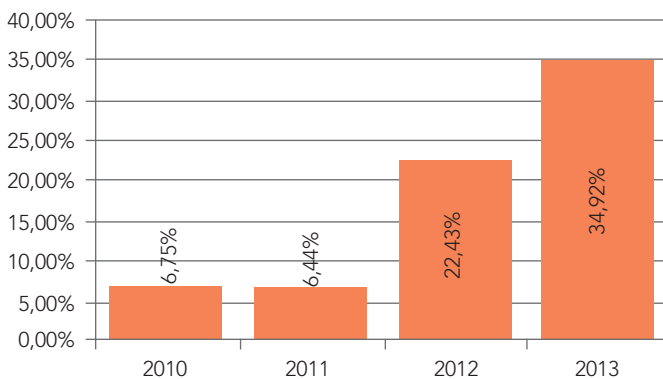


Figura 3. Porcentaje acumulado, de enero a diciembre, de las altas antes de las 12:00 p.m. de los últimos tres años (2010-2012) y enero del 2013

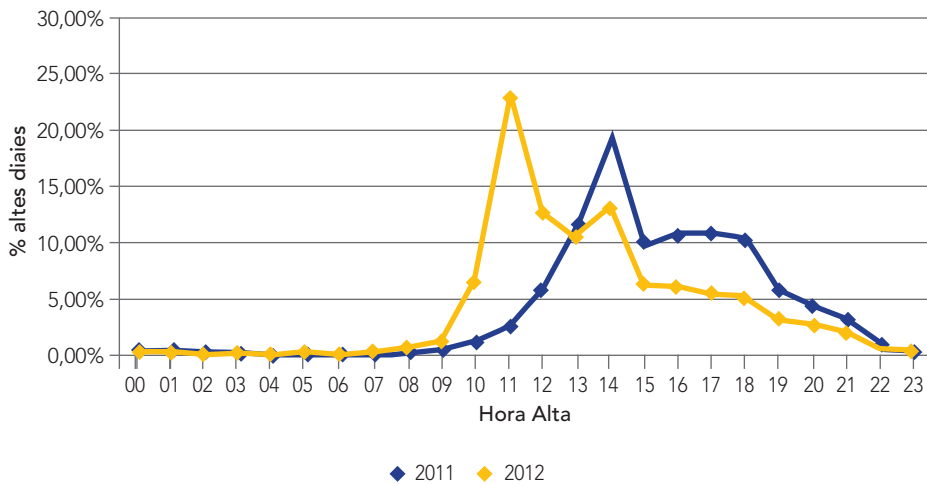


Figura 4. Porcentaje de altas diarias por franja horaria

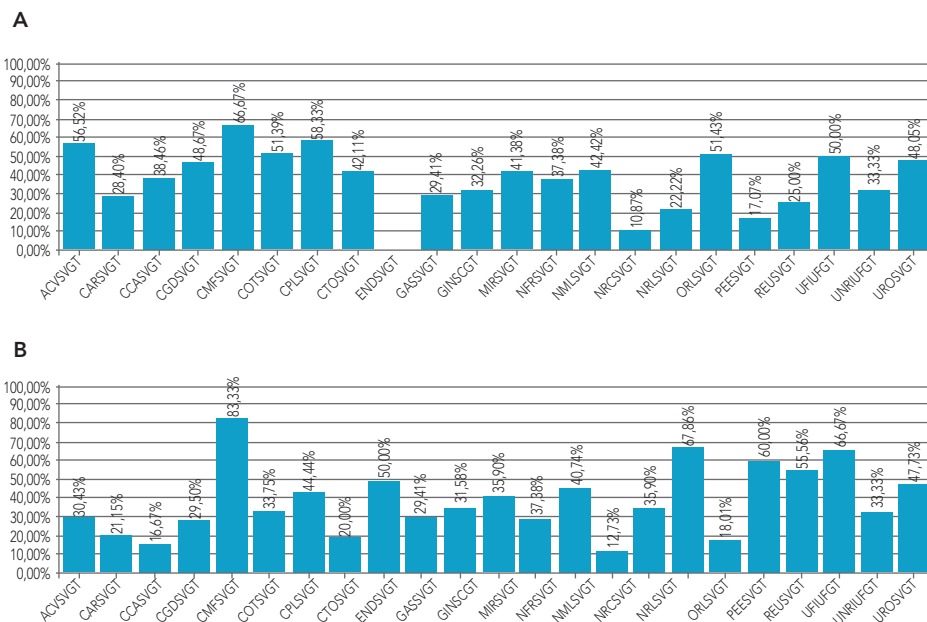


Figura 5. A. Porcentaje de altas antes de las 12:00 p.m. conseguido en los distintos servicios a los 3 meses del proyecto (septiembre 2012), Objetivo 30%. B. Porcentaje de altas antes de las 12:00 p.m. conseguido en los distintos servicios a los 6 meses del proyecto (diciembre 2012) Objetivo 45%

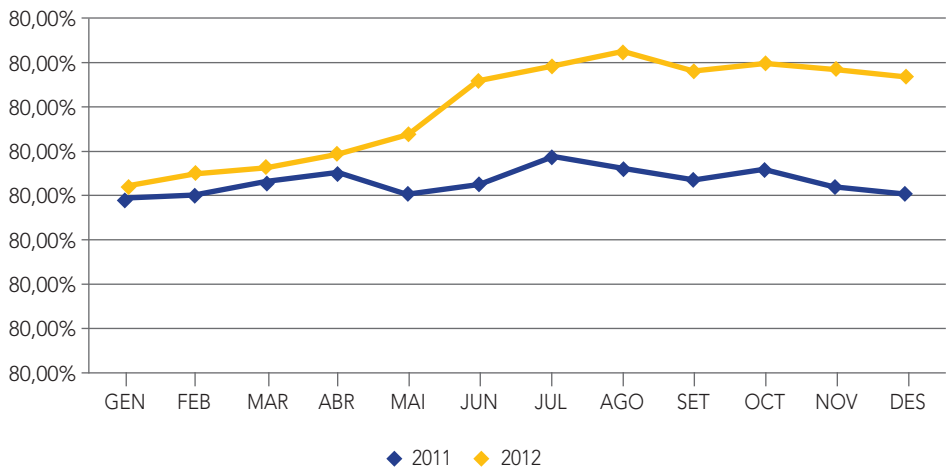


Figura 6. Porcentaje evolutivo de altas antes de las 15:00 p.m. y la comparación con el año anterior

trón de salida de 2011, durante 2012 hubiéramos consumido, en seis meses, 17 000 horas más de estancia hospitalaria, lo que supondría 708 días más o (1,9) 2 camas/año.

Los episodios correspondientes a pacientes del proyecto "Altas antes de

las 12:00 p.m." presentan, en general, unos resultados en los indicadores de gestión más favorables, pues tienen una mejor estancia media así como una menor tasa de reingresos (tabla 2). Por lo tanto, la aplicación del proyecto no ha repercutido en la calidad asistencial.

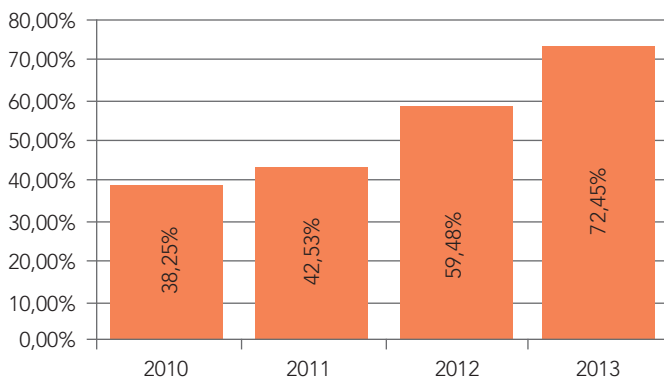


Figura 7. Porcentaje acumulado, de enero a diciembre, de altas antes de las 15:00 p.m. de los últimos tres años (2010-2012) y enero de 2013

Tabla 1. Motivos por los que no ha sido posible dar el alta antes de las 12:00 durante el periodo junio-diciembre de 2012

Informe médico	19%
Decisión alta tarde	12%
Pruebas	12%
Familia	11%
TS - mismo día	10%
Otros	10%
Enfermería	4%
Otros Servicios	3%
Hosp. a domicilio	3%
Reposo	3%
Paciente	2%
Problemas informáticos	2%
Tratamiento	2%
Diálisis	1%
Dietista	1%
Empeoramiento	1%
Falta alta planificada	1%
Micción	1%
Sintrom®	1%
TS - día anterior	1%
Revaloración	0%

Repercusión económica

La tabla 3 muestra el ahorro teórico del proyecto "Altas antes de las 12:00 p.m." en relación a limpieza, ropa de cama y dietas.

El proyecto ha permitido un ahorro de 58 591 €, en dietas (35%), lavandería (21%) y limpieza (44%) en los primeros seis meses de aplicación.

No han sido contabilizados otros costes directos e indirectos derivados de la estancia hospitalaria.

Conclusión e impacto del proyecto

En el momento de diseñar e implantar el proyecto fue muy importante que los directivos responsables transmitieran a los profesionales los objetivos que se perseguían y compartieran con ellos la estrategia de implantación. Las reuniones con los distintos servicios permitieron detectar qué circuitos debían modificarse y qué factores debían trabajarse para conseguirlo. La participación e implicación de los profesionales desde el inicio fue muy buena, lo que favoreció el cambio organizativo.

El análisis de los resultados a los seis meses de implantar el proyecto pone de manifiesto cómo la implicación de todos los profesionales. Hecho que ha favorecido un cambio organizativo en la planificación de las altas consiguiendo, sin disminuir la calidad asistencial,

Tabla 2. Distintos indicadores de gestión en relación a la hospitalización

	Total altas (j-d 2011)	Total altas (j-d 2012)	Altas antes de las 12:00 p.m. (j-d 2012)	Altas después de las 12:00 p.m. (j-d 2012)
N.º altas	9219	9572	4300	5272
EM	7,2	6,87	6,43	7,06
Tasa reingresos	7,36	7,14	6,71	7,32
PM	2.3802	2,1196	2,1697	2,1009
% altas médicas	52%	49%	43%	50%
% altas <48 h	25,18	25,65	27,08	25,04
% altas >30 d	3,2	2,63	1,92	2,94

j-d 2011: periodo junio-diciembre de 2011; j-d 2012: periodo junio-diciembre de 2012; N.º altas: número de altas de hospitalización convencional; EM: estancia media; PM: peso medio; % altas <48 h: porcentaje de altas de menos de 48 horas; % altas >30 d: porcentaje de altas de más de 30 días.

Tabla 3. Repercusión económica del proyecto "Altas antes de las 12:00 p.m." en relación a limpieza, ropa de cama y dietas

Hora alta	ACTIVIDAD			DIETAS			LIMPIEZA			LAVANDERÍA		
	Altas 2011	Altas 2012	Altas esperadas	2011	2012	Gasto esperado	2011	2012	Gasto esperado	2011	2012	Gasto esperado
00:00	27	27	28	-€	-€	-€	-€	-€	-€	-€	-€	-€
01:00	30	13	31	-€	-€	-€	-€	-€	-€	-€	-€	-€
02:00	17	13	18	-€	-€	-€	-€	-€	-€	-€	-€	-€
03:00	14	4	15	-€	-€	-€	-€	-€	-€	-€	-€	-€
04:00	8	8	8	-€	-€	-€	-€	-€	-€	-€	-€	-€
05:00	3	3	3	-€	-€	-€	-€	-€	-€	-€	-€	-€
06:00	3	4	3	-€	-€	-€	-€	-€	-€	-€	-€	-€
07:00	16	30	17	-€	-€	-€	-€	-€	-€	-€	-€	-€
08:00	57	51	59	-€	-€	-€	-€	-€	-€	-€	-€	-€
09:00	71	113	74	-€	-€	-€	-€	781 €	1243 €	-€	-€	-€
10:00	110	611	114	-€	-€	-€	-€	1210 €	6721 €	-€	-€	-€
11:00	245	2197	254	-€	-€	-€	-€	2695 €	24 167 €	-€	-€	-€
12:00	562	1226	584	-€	-€	-€	-€	6182 €	13 486 €	2810 €	6130 €	2918 €
13:00	1079	1003	1120	-€	-€	-€	-€	11 869 €	11 033 €	5395 €	5015 €	5602 €
14:00	1788	1261	1856	10 728 €	7566 €	11 139 €	19 668 €	13 871 €	20 421 €	8940 €	6305 €	9282 €
15:00	907	589	942	5442 €	3534 €	5650 €	19 954 €	12 958 €	20 718 €	4535 €	2945 €	4709 €
16:00	992	587	1030	5952 €	3522 €	6180 €	21 824 €	12 914 €	22 660 €	4960 €	2935 €	5150 €
17:00	1003	527	1041	6018 €	3162 €	6248 €	22 066 €	11 594 €	22 911 €	5015 €	2635 €	5207 €
18:00	960	502	997	5760 €	3012 €	5981 €	21 120 €	11 044 €	21 929 €	4800 €	2510 €	4984 €
19:00	525	299	545	3150 €	1794 €	3271 €	11 550 €	6578 €	11 992 €	2625 €	1495 €	2726 €
20:00	395	257	410	5530 €	3598 €	5742 €	8690 €	5654 €	9023 €	1975 €	1285 €	2051 €
21:00	302	181	314	4228 €	2534 €	4390 €	6644 €	3982 €	6898 €	1510 €	905 €	1568 €
22:00	73	44	76	1022 €	616 €	1061 €	1606 €	968 €	1657 €	365 €	220 €	379 €
23:00	32	22	33	448 €	308 €	465 €	704 €	484 €	731 €	160 €	110 €	166 €
Total	2919	9572		48 278 €	29 646 €	50 127 €	156 563 €	136 697 €	162 558 €	43 060 €	32 490 €	44 740 €
Subtotal						-20 481 €						-12 250 €
TOTAL						-58 591 €						

consolidar un 30% de las altas antes de las 12:00 p.m. y un 70% antes de las 15 horas. Este cambio organizativo ha favorecido una mejor coordinación entre el área de urgencias y hospitalización que ha permitido incrementar en el turno de mañana el número de ingresos en planta de hospitalización procedentes de urgencias (pendiente de calcular).

Los principales motivos que impiden dar las altas antes de las 12:00 p.m. son la falta de informe médico, el retraso por pruebas realizadas o tratamientos administrados, la falta de planificación del transporte sanitario y problemas relacionados con la disponibilidad de las familias. La planificación del alta y la realización del informe clínico con antelación ha representado un importante cambio organizativo y de cultura profesional en los distintos servicios, siendo el aspecto de más difícil de la implantación. Ello justifica que sea el principal motivo que impide el alta antes de las 12:00 p.m.

En todo momento se priorizó la asistencia al paciente por encima del objetivo planificado, por lo que siempre que ha sido necesario (porque la prueba realizada o bien el tratamiento administrado lo requerían) se ha retrasado el alta hospitalaria. Fue imprescindible trabajar con los distintos profesionales la necesidad de facilitar con antelación, al paciente y familia, la información necesaria sobre el día y hora del alta para conseguir su colaboración.

Las mejoras organizativas y la mejor planificación del alta favorecen que no se produzca una utilización innecesaria de las camas y permiten conseguir en seis meses un ahorro equivalente a dos camas/año y un potencial ahorro económico de unos 58 591 €, en costes directos de hotelería, dieta, lavandería y limpieza.

En resumen, una buena coordinación entre profesionales ha permitido conseguir el objetivo obteniendo una mejoría en la gestión de camas y un potencial ahorro económico.

Agradecimientos

Los autores agradecen la implicación en el proyecto a todos los profesionales que en él han participado, pero muy especialmente a Lluís Argelés, Jefe de la Unidad de Admisiones del HUGTiP; Francisco Quílez, Adjunto a la Dirección de Enfermería en el área de Hospitalización del HUGTiP; Laura Miró, Administrativa Gestora de altas e ingresos del HUGTiP; Yolanda Fernández, Jefa de la Unidad de Hotelería del HUGTiP, y Mónica Ballester, Directora de Calidad del HUGTiP.

Bibliografía

1. Shepperd S, Lannin NA, Clemson LM, McCluskey A, Cameron ID, Barras SL. Discharge planning from hospital to home. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;1:CD000313.
2. Los hospitales públicos británicos dan el alta de madrugada a cientos de miles de pacientes. En *somospacientes.com*. Disponible en: <http://www.somospacientes.com/noticias/sanidad/los-hospitales-publicos-britanicos-dan-el-alta-de-madrugada-a-cientos-de-miles-de-pacientes/>
3. Luquero FJ, Santos S, Pérez A, Tamales S, Cantón MB, Castrodeza J. Factores determinantes de la estancia inadecuada en un hospital de tercer Nivel. *Gaceta sanitaria.* 2008;22(1):48-51.
4. Asenjo MA. Reflexiones de una década decisiva en la gestión hospitala-

ria Española. Madrid: Publicaciones nacionales, técnicas y extranjeras, 2003.

5. Moreno Domene P, Estévez Lucas J, Moreno Ruiz JA. Indicadores de Gestión Hospitalaria. Sedisa s. XXI. 2010;17.